

KYSTES MUÇOÏDES DU SEUIL DU PLANCHER NASAL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jean-Joseph-Albert-Désiré DUFLOS

Né à Arras (Pas-de-Calais), le 3 Août 1906

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. JACQUES, professeur....	<i>Président</i>
		CAUSSADE, professeur..	{ <i>Juges</i>
		CHALNOT, agrégé	
		AUBRIOT, docteur.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD

2-4, Rue de Maréville, 2-4

NANCY-LAXOU

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

KYSTES MUÇOÏDES DU SEUIL DU PLANCHER NASAL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jean-Joseph-Albert-Désiré DUFLOS

Né à Arras (Pas-de-Calais), le 3 Août 1906

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. JACQUES, professeur...	<i>Président</i>
	CAUSSADE, professeur..	{ <i>Juges</i>
	CHALNOT, agrégé	
	AUBRIOT, docteur.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD

2-4, Rue de Maréville, 2-4

NANCY-LAXOU

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O  I 

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS,  I ; WEISS, O  I ;

BOUIN, O  I ; ANCEL,  I ; GARNIER,  I ;

MACÉ,  I ; P. PARISOT, O  I ; DUFOUR,  I ; G. THIRY,  I .

Professeurs :

Anatomie pathologique
Clinique médicale
Clinique des malad. syphilit. et cutanées
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie
Physiologie
Clinique obstétricale et Accouchements
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique de chirurgie urinaire
Histologie
Anatomie descriptive
Clinique chirurgicale
Clinique médicale
Chimie médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Hydrologie
Clinique des maladies des enfants
Bactériologie
Professeurs sans chaire

M. L. HOCHÉ, O  I 
M. G. ETIENNE, O  I 
M. L. SPILLMANN, O  I 
M. FRÉLICH,  I 
M. M. LAMBERT,  I 
M. A. FRUHHSHOLZ, O  I 
M. P. JACQUES,  I 
M. P. ANDRÉ,  I 
M. R. COLLIN,  I 
M. M. LUCIEN,  I 
M. G. MICHEL,  I 
M. L. RICHON,  I 
M. H. ROBERT,  I 
M. M. PERRIN,  I 
M. J. PARISOT, C  I 
M. HAMANT,  I 
M. P. JEANDEL, E  I 
M. SANTENOISE,  A .
M. L. CAUSSADE,  I 
M. DE LAVERGNE,  I 
M. L. JOB,  I 
M. WATRIN,  I 

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..
Pathologie générale
Clinique gynécologique
Pathologie externe
Clinique des maladies contagieuses
Propédeutique dermatologique
Médecine opératoire
Electrothérapie et radiologie
Accouchements (cours théorique)
Obstétrique
Clinique propédeutique médicale
Anatomie et Médecine légale
Pathologie interne
Clinique des maladies mentales
Éducation physique (I)
Physiologie du travail
Clinique neurologique (I)
Propédeutique O.-R.-L. (I)
Parasitologie

M. M. PERRIN,  I , professeur.
M. P. SIMONIN A  agrégé.
M. P. SIMONIN, A  agrégé.
M. A. BINET,  I , agrégé libre.
M. GUILLEMIN, A  agrégé.
M. DE LAVERGNE,  I , professeur.
M. WATRIN,  I , prof. sans chaire.
M. M. BARTHELEMY,  I , agr. libre.
M. G. LAMY,  I , ch. du c. ag. lib.
M. JOB,  I , prof. sans chaire.
M. VERMELIN,  A , agrégé.
M. DROUET, A  agrégé.
M. MUTEL,  I , agrégé.
M. ABEL,  I , agrégé.
M. HAMEL,  I , docteur.
M. L. MERKLEN, A  agrégé.
M. L. MERKLEN, A  agrégé.
M. MICHON, docteur.
M. AUFRIOT, docteur.
M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A 
FLORENTIN.
BODART.
C'ALNOT.
WOLFF.

MM. POURSINES
MELNOTTE, O 
MUTEL,  I 
VERMELIN,  A 

MM GUILLEMIN, A 
ABEL,  A 
J ROUET, A 
SIMONIN, A 

Agrégés libres :

MM. G. GROSS,  I ; S. RÉMY, I ; BUSQUET, I 
M. FAIRISSE, I ; BINET,  I ; BARTHÉLEMY,  I ; LAMY,  I 
M. E. TRIBOLET, I . Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE ROUEN

M. le PROFESSEUR HALIPRÉ

Directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen

M. le PROFESSEUR DÉVÉ

Professeur de Clinique Médicale

M. le PROFESSEUR MARTIN

Professeur de Clinique Obstétricale

M. le PROFESSEUR CERNÉ

Chirurgien des Hôpitaux

M. le DOCTEUR SAMSON

Médecin des Hôpitaux

Nous leur sommes reconnaissant
de nous avoir apporté chaque jour
le meilleur de leur enseignement.

Et au moment où s'ouvre pour
nous notre vie professionnelle, si
lourde de responsabilités, il est ré-
confortant de nous souvenir de
leurs judicieux conseils et de sentir
près de nous leur bienveillante
sympathie.

A M. le DOCTEUR DE CAZENEUVE

Membre de la Société Française de Laryngologie

Membre Correspondant de la Société Belge O. R. L.

Médecin O. R. L. de l'Hôpital Saint-Louis de Boulogne-sur-Mer

Hommage de respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A M. le DOCTEUR GRIMAUD

Chef de Clinique O. R. L. à la Faculté

Il a été pour nous le guide le plus sûr et un ami précieux.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre affection et de notre reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. le PROFESSEUR JACQUES

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui exprimons notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli et les nombreux conseils qu'il nous a donnés.

Il a été pour nous un Maître qui nous a fait bénéficier de sa longue expérience et dont nous retiendrons les belles leçons.

En témoignage de notre respectueuse admiration et de notre très vive reconnaissance.

A MES JUGES

M. le PROFESSEUR CAUSSADE

Chevalier de la Légion d'Honneur

En reconnaissance de l'intérêt qu'il n'a cessé de nous manifester.

Faible témoignage de notre profonde admiration.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Dans des conversations toujours agréables et souvent instructives, nous avons pu admirer ses belles qualités de cœur et d'esprit.

M. le DOCTEUR AUBRIOT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a toujours manifesté la plus bienveillante sympathie au cours de notre stage à la Clinique de Laryngologie et que nous sommes heureux de compter parmi nos Juges.

Introduction

La face doit à la complexité de sa constitution embryologique, à la richesse de son architecture, d'être le siège d'une grande variété de tumeurs. Les productions kystiques notamment s'y rencontrent avec une particulière fréquence. Les dents, normalement ou anormalement évoluées, sont, on le sait, bien souvent à l'origine de ces tumeurs. Cependant, on rencontre au niveau du seuil narinaire des kystes qui, malgré certaines ressemblances avec les kystes odontogènes, n'ont aucun rapport avec le système dentaire. Il s'agit là d'une variété de tumeurs qui semble bien être longtemps passée inaperçue et n'être encore à l'heure actuelle connue que de bien peu d'auteurs. Toutefois, si leur pathogénie reste, comme nous le verrons plus loin, encore bien incertaine, il existe cependant dans la littérature médicale française et étrangère un nombre suffisant d'observations pour pouvoir, dès à présent, donner des kystes mucoïdes du seuil narinaire une description clinique suffisamment précise, afin de permettre à tous ceux que la question intéresse de les reconnaître et de les étudier.

Hormis quelques rares ouvrages de langue étrangère, nous n'avons trouvé mentionnée l'existence de ces néofo-

mations dans aucun traité didactique de pathologie générale ou spéciale. « Sans doute faut-il incriminer la région si
« spéciale où elles ont leur siège, l'entrée des fosses nasa-
« les et le vestibule buccal, région limitrophe aux domaines
« respectifs du rhinologiste, du stomatologiste et du chi-
« rurgien. N'en est-il pas d'ailleurs un peu de même de
« toute la chirurgie maxillo-faciale et l'histoire jusqu'ici
« négligée de tumeurs aussi communes que les kystes den-
« taires n'en offre-t-elle pas un exemple plus fréquent ? »

Ainsi s'exprimait, dans une récente publication, notre maître, Monsieur le Professeur JACQUES.

Cependant on doit à la vérité de dire que ses travaux personnels et ceux qu'il suggéra depuis plusieurs années déjà à ses collaborateurs ont contribué pour une grande part à mettre en lumière la question des tumeurs kystiques odontogènes. En décrivant maintenant l'étude des kystes mucoïdes du seuil narinaire, sujet que ce maître nous a inspiré et dont nous le remercions, nous ne ferons donc qu'apporter notre modeste contribution à l'étude, depuis longtemps poursuivie, des kystes du carrefour naso-buccal et ce faisant continuerons la tradition d'une école à laquelle nous nous honorons d'appartenir.

Suivant un plan bien classique, après avoir retracé l'historique de la question et donné des kystes mucoïdes une définition, nous exposerons les problèmes pleins d'intérêt, mais aussi d'inconnues que pose leur pathogénie et essayerons de nous faire à son sujet une opinion personnelle.

Plus loin, nous étudierons la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces tumeurs.

A l'appui de nos dires, nous apporterons enfin un certain nombre d'observations dont quelques-unes très complètes et inédites. Mais avant d'aborder notre travail, nous tenons à remercier tous ceux qui ont su rendre, par leur amabilité et leurs conseils avisés, notre stage à la clinique laryngologique particulièrement agréable et utile : Que Monsieur le Docteur AUBRIOT, chargé de cours; Monsieur le Docteur GRIMAUD, chef de clinique ; MM. ROTHAN et NICOLAS, internes, veuillent bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Chapitre Premier

Définition — Historique

Les kystes dont nous abordons l'étude n'ayant pas jusqu'à ce jour acquis droit de cité dans la nosologie ne possèdent encore ni dénomination, ni définition propres. La plupart des rhinologistes, qui ont eu l'occasion d'en observer, les ont décrits en des termes qui reflétaient l'opinion pathogénique qu'ils en avaient. C'est ainsi que nous les trouvons dénommés : kystes par rétention glandulaire de l'entrée du nez (CHATELLIER, KOFLER); kystes des fissures faciales « Gesichtspaltencysten » (KLESTADT); kystes fissuraux du maxillaire supérieur (CADENAT); kystes de l'entrée du nez consécutifs à des troubles du développement (BRUGGEMANN).

Les autres rhinologistes, ne tenant compte que de leur situation, ont parlé de : kystes du plancher du nez (BROWN, DAWSON); kystes de la partie antérieure du plancher du nez (GIGNOUX). Nous préférons la prudente réserve de ces derniers, car l'incertitude qui règne sur l'origine réelle de ces productions ne permet pas à l'heure actuelle d'introduire la notion de pathogénie dans la description précise et sommaire que doit être une définition.

Pour notre part, en désignant ces formations sous le nom de *kystes mucoïdes du seuil du plancher nasal*, nous les doterons d'une étiquette, provisoire sans doute, mais strictement en rapport avec le degré de nos connaissances actuelles.

Cette dénomination suffira à montrer qu'il s'agit d'une tumeur liquide (kyste) de constitution déterminée (comme le rappel l'épithète mucoïde) et dont le siège est ce point précis du plancher nasal où le revêtement cutané disparaît pour laisser place à la muqueuse du plancher nasal.

*
**

C'est ZUCKERKANDL, croyons-nous, qui, le premier, dans son *Traité d'Anatomie normale et pathologique des fosses nasales* (1882), a signalé l'existence d'une variété spéciale de kystes ayant pour siège le seuil narinaire. Il a eu, en effet, l'occasion d'observer, dit-il, « un kyste isolé, gros comme une noix, à l'extrémité antérieure du plancher de la fosse nasale, sans polypes dans le voisinage; son contenu avait une consistance mielleuse ».

En 1892, CHATELLIER en rapporte, dans les *Archives de Laryngologie*, deux observations détaillées et très caractéristiques. Il considère ces tumeurs comme le résultat d'une étention glandulaire et les traite par des cautérisations.

En 1894, KNAPP présente à l'Académie de Médecine de New-York, un cas de kyste séro-muqueux de l'aile du nez, dont il s'explique mal l'origine.

MAC BRIDE, dans son livre sur les *Maladies du Nez*, déclare en avoir observé deux cas. Comme l'a noté GIGNOUX en 1921 (et sa remarque est encore vraie aujourd'hui), l'ouvrage de cet auteur est le seul traité de pathologie avec

celui de PARTSCH (1919), qui ait signalé l'existence de ces kystes.

En 1898, BROWN KELLY publie trois nouvelles observations et réussit à en recueillir 12 cas dans la littérature. Il s'efforce de déterminer la pathogénie de ces kystes et, tout en se ralliant à l'opinion de CHATELLIER, il envisage cependant l'hypothèse d'une tumeur congénitale peut-être en rapport avec le développement embryologique de la face.

A partir de cette époque, les publications sur la question deviennent plus nombreuses :

En Allemagne, c'est d'abord WILLIGER (1918) qui relate les 8 cas qu'il a eu l'occasion d'observer et présente quelques photographies de malades vraiment démonstratives ; puis BRUGGEMANN (1920) qui, après avoir groupé 52 cas épars dans la littérature, donne une observation personnelle (Observ. n° XV) dont l'intérêt réside surtout dans la description microscopique qu'il fournit de la tumeur.

En France, GIGNOUX (1921) fait paraître dans la *Revue de Laryngologie* une excellente étude d'ensemble bientôt suivie (1923), d'une très belle observation d'AUBRIOT. Ce dernier se rallie à l'hypothèse d'une tumeur congénitale et apporte à l'appui de sa théorie un argument anatomique (présence d'un lit osseux) de très grande valeur.

En Italie, MALAN (1919-1924) s'intéresse également à la question et prend position dans la discussion pathogénique.

Enfin, tout récemment viennent le mémoire de SCHMIDT (1931) appuyé de dix observations, puis une communication de CADENAT à la Société de Stomatologie, enfin celle de notre Maître le Professeur JACQUES au dernier Congrès de Laryngologie.

Ainsi donc, la question des kystes du seuil narinaire, de connaissance relativement récente et jusqu'à ce jour restée dans l'ombre, semble devoir prendre la place qu'elle mérite dans l'actualité. Lorsque l'attention des rhinologistes aura été attirée sur la présence de ces kystes, « il est probable qu'ils deviendront d'observation plus fréquente et que de nouvelles recherches sur leur mode de développement et leur constitution histologique permettront d'élucider le problème de leur origine ». (GIGNOUX).

Chapitre II

Pathogénie

Les auteurs qui ont eu l'occasion d'observer des kystes de la partie antérieure du plancher du nez, ont émis sur la pathogénie de cette affection différentes hypothèses d'inégale valeur et dont il n'est pas jusqu'aux plus séduisantes d'entre elles qui ne laissent place à l'objection.

Pour en faire plus clairement l'exposé et la critique, *nous diviserons ces théories en deux groupes :*

Dans le premier, prendront place celles qui tendent à à faire de ces tumeurs une production de nature inflammatoire ou irritative ; dans le second, de beaucoup le plus important, celles qui cherchent à voir là une formation congénitale intimement liée à l'organogénèse.

PREMIER GROUPE

a) LE KYSTE SERAIT DU A UNE RÉTENTION GLANDULAIRE

Il était assez naturel d'incriminer tout d'abord les glandes de la région et de considérer ces kystes comme étant le résultat de la rétention de leur sécrétion ; ce que fit CHA-

TELLIER en 1892. On sait, en effet, qu'à l'épithélium prismatique stratifié de la muqueuse respiratoire nasale sont annexées des glandes formées de cellules muqueuses et séreuses, bien décrites par SAPPEY, et dont certaines d'entre elles (glandes en épi) sont caractérisées par un conduit excréteur particulièrement long.

BROWN KELLY, quelques années plus tard, après avoir repris l'étude histologique de ces canaux, a souscrit à cette hypothèse et a admis qu'une inflammation quelconque pouvait, en provoquant leur obstruction, déterminer en amont une dilatation kystique.

On peut invoquer, à l'appui de cette théorie, ce fait, tout à fait récemment encore, signalé par le Professeur JACQUES, que la paroi interne de ces kystes est constituée par un épithélium prismatique sensiblement identique à celui de la muqueuse nasale.

Mais, par contre, comme le fait très justement remarquer GIGNOUX, il y a lieu de s'étonner que cette variété de kyste se développe toujours à la partie antérieure du plancher nasal, tandis que la muqueuse présente la même constitution sur toute l'étendue de la zone respiratoire.

Enfin, MALAN et AUBRIOT ont noté que, dans les cas soumis à leur observation, la tumeur reposait toujours sur un « lit osseux régulier, lisse, moulé sur la tumeur et faisant partie de la surface externe de l'os. »

Très justement, ils ont pensé que cette usure ne pouvait être le fait d'une glande en état de rétention; aussi, pour toutes ces raisons, nous croyons qu'il y a lieu de refuser tout crédit à cette théorie.

b) LE KYSTE SERAIT CONSÉCUTIF A UNE PÉRICHONDRITE

Nous ne citerons que pour la réfuter l'opinion de BOBONE (1895), qui considérait les kystes du seuil narinaire, comme une forme de périchondrite séreuse de l'aile du nez. Il existe, certes, de pseudo-kystes de la cloison nasale, secondaires à une périchondrite séreuse déterminée, non par des troubles trophiques vaso-moteurs, comme le déclare l'auteur, mais par un hématome non infecté (rare), par la syphilis, la tuberculose, et certains états infectieux. De telles lésions n'ont guère été signalées ailleurs qu'au niveau du cartilage quadrangulaire. Elles sont rares sur le pavillon de l'oreille où pourtant elles devraient, semble-t-il, être fréquentes.

Enfin, dans l'affection que nous étudions, il existe un revêtement épithélial interne, qui prouve bien que nous avons affaire à un kyste proprement dit et non pas à un pseudo-kyste inflammatoire de ce genre (1).

DEUXIEME GROUPE

a) LE KYSTE PROVIENDRAIT DU CANAL LACRYMAL

Normalement, chez l'homme, ce canal, qui n'est que la continuation du suc lacrymal court sur la face externe des fosses nasales et vient s'ouvrir dans le méat inférieur à la réunion de son 1/4 antérieur avec ses 3/4 postérieurs, soit à trois centimètres environ du bord de l'aile du nez (TESTUT). L'étude de l'anatomie comparée à laquelle s'est livrée

(1) Pareille erreur avait été commise pour les kystes radiculo-dentaires, (MAGITOT),

TUFFERS, l'a amené à penser que cet organe, ainsi constitué, se trouvait être incomplètement développé dans l'espèce humaine, et BRUGGEMANN, en 1920, a admis que les portions restées rudimentaires pourraient être à l'origine des kystes mucoïdes du nez ce qui, du reste, était en accord avec ses recherches histologiques.

Voici les faits :

En 1913, TUFFERS, étudiant la formation du canal lacrymo-nasal chez quelques mammifères, a fait les constatations suivantes :

1° Chez le cheval, le mouton, le chat, ce conduit s'ouvre à la partie antéro-inférieure du vestibule du nez et reste, dans tout son trajet, nettement au dessous de la fosse nasale ;

2° Chez la souris, l'orifice du canal occupe une position identique, mais dans son parcours le conduit se trouve plus ou moins profondément situé et il arrive que dans ses portions les plus superficielles, son épithélium se trouve au contact de l'épithélium nasal ;

3° Chez le porc, on retrouve encore la même disposition, mais de plus, on constate l'existence d'un deuxième orifice s'ouvrant plus en arrière ;

4° Enfin, dans une dernière catégorie d'animaux, seul ce dernier orifice persiste, tandis que toute la portion antérieure est restée à l'état de rudiment.

TUFFERS considère que cette disposition correspond à celle que nous retrouvons chez l'homme et, d'après BRUGGE-

MANN, ce sont les vestiges de la portion antérieure non développée qui donnent naissance à des kystes (1).

Or, histologiquement, le canal lacrymo-nasal est constitué par une couche profonde conjonctive et une couche superficielle épithéliale formée de cellules cylindriques ciliées avec çà et là des cellules caliciformes ; de plus, à l'extrémité basale de ces cellules se trouvent d'autres éléments plus petits, de forme variable, dont on ignore encore la signification exacte.

A l'appui de sa théorie BRUGGEMANN apporte l'observation d'un kyste (Observation XV), qui présentait une conformation histologique rigoureusement identique à celle-là.

La situation de la tumeur, au dessous et en avant du cornet inférieur, peut également justifier cette manière de voir, mais une connaissance plus approfondie de l'anatomie pathologique de ces néoformations est encore nécessaire pour appuyer cette intéressante suggestion de BRUGGEMANN.

b) LE KYSTE SE SERAIT DÉVELOPPÉ AUX DÉPENS DES DÉBRIS EMBRYONNAIRES DE L'ORGANISME DE JACOBSON

Il existe, chez l'homme, sur la muqueuse qui tapisse la cloison nasale, un orifice de très petites dimensions au niveau de sa partie antérieure et inférieure. Cet orifice, nous dit TESTUT, conduit dans une petite cavité en forme de tube de 2 à 7 millimètres de longueur, lequel se dirige oblique-

(1) Il est intéressant de noter également, qu'après WALZBERG et SCHWALBE, TESTUT a observé, chez l'homme, un canal nasal qui possédait deux orifices distincts : l'un arrondi, à l'angle d'implantation du cornet, l'autre à quelques millimètres en dessous et auquel faisait suite une gouttière oblique en bas et en dehors.

ment en arrière et un peu en haut ; c'est le *tube de Ruysch*. Cette formation, toujours très apparente chez le fœtus, beaucoup moins chez l'adulte, doit être considérée comme étant l'homologue rudimentaire d'un organe qui se trouve développé chez beaucoup de mammifères et en particulier chez les rongeurs : le *canal de Jacobson*.

Cet organe, sur la fonction précise duquel l'accord n'est pas encore fait, mais qui cependant semble bien jouer un rôle dans l'olfaction, est histologiquement constitué de deux couches : l'une, externe, cartilagineuse ; l'autre, interne, muqueuse. Cette dernière n'est autre qu'une invagination de la muqueuse nasale environnante. Comme elle, en effet, sa portion basse est du type respiratoire, tandis que plus haut, elle renferme des cellules sensorielles tout à fait identiques à celles de la portion olfactive du nez.

WYATT WYNGRAVE, en 1898, au sujet d'une communication de BROWN KELLY, à la Société Anglaise de Laryngologie, a suggéré l'idée que les kystes qui nous occupent pourraient tirer leur origine de cette formation tubulaire. L'histologie, certes, ne donne pas un démenti formel à cette conception, cependant il y a lieu de remarquer que ces tumeurs n'ont paru à aucun observateur être nées de la cloison nasale; tous, au contraire, s'accordent à les situer sur le plancher même du seuil narinaire et plutôt même sur la berge externe du vestibule que sur sa berge interne.

c) LE KYSTE SE SERAIT DÉVELOPPÉ AUX DÉPENS
DU CANAL NASO-PALATIN

Si nous limitons maintenant nos recherches au niveau même du plancher nasal, là encore nous rencontrons une nouvelle formation embryonnaire que WYATT WYNGRAVE

d'abord, mais surtout GROSSER et MALAN, ont songé à incriminer pour expliquer la présence de kystes en un tel lieu.

En réalité, le *canal naso-palatin*, ou *canal incisif* ou *canal de Stenson*, n'est autre que le prolongement du canal de Jacobson. Leur ensemble constitue *l'organe de Jacobson*. Ce canal, comme le précédent, présente son maximum de développement chez les mammifères, les ruminants, en particulier. Il occupe le canal palatin antérieur sur toute son étendue et établit ainsi une communication entre les cavités nasale et buccale. Chez l'homme, une telle disposition ne s'observe que lors des premières semaines de la vie intra-utérine; puis le conduit se rétrécit et finit par disparaître. Cependant son oblitération reste souvent incomplète du côté nasal et il n'est pas rare de voir persister chez l'adulte, au niveau du plancher des fosses nasales un petit orifice punctiforme auquel fait suite un cul-de-sac long de quelques millimètres.

La muqueuse qui le tapisse est, ici encore, une invagination de la muqueuse nasale environnante :

Cette théorie est *a priori* assez séduisante; mais pourquoi, lors de l'intervention ayant pour but l'énucléation du kyste, ne retrouve-t-on pas, à sa base, de pertuis perméable semblable à celui que nous voyons et poursuivons lorsque nous traitons chirurgicalement un kyste congénital de la partie antérieure du cou ?

GROSSER s'est également posé la question de savoir si ces kystes n'auraient pas leur point de départ dans la *glandula nasalis lateralis* de STENSON.

Ces glandes de STENSON, que l'on observe chez les animaux, possèdent un conduit excréteur très allongé, ayant

une direction parallèle à la fosse nasale et débouchant dans le vestibule à la partie antérieure du cornet, quelquefois même devant cet organe.

Cette formation toujours rudimentaire chez l'homme, si elle existe, nous paraît devoir être mise hors de cause ici, en raison de sa situation tout à fait latérale.

d) LE KYSTE TROUVERAIT SON ORIGINE AU NIVEAU
DES FENTES EMBRYONNAIRES

KLESTADT, en 1913, a émis l'hypothèse que les kystes observés au niveau du seuil narinaire pourraient être la conséquence des troubles de développement de la face.

On sait, en effet, que le massif facial supérieur se trouve constitué par la réunion de trois bourgeons saillants, l'un médian, *bourgeon frontal*, les deux autres latéraux, *bourgeons maxillaires supérieurs*. Or, le bourgeon frontal ne tarde pas à s'allonger pour donner à son tour les bourgeons secondaires ; les bourgeons nasaux externes et les bourgeons nasaux internes ou « procès globulaires » (CADENAT). Ce sont ces derniers qui constitueront le tubercule incisif ou mieux l'os intermaxillaire. De plus, ce même bourgeon frontal émet encore un prolongement postérieur, sagittal, qui n'est autre que l'ébauche de la future cloison nasale.

Les bourgeons maxillaires supérieurs ou jugaux (CADENAT), en même temps qu'ils donneront naissance en avant aux portions latérales de la lèvre supérieure fourniront également, chacun, un prolongement profond : ce sont les lames palatines qui se rapprocheront ultérieurement l'une de l'autre pour finalement se souder au pied de la cloison du nez qu'elles enchâssent en séparant de la sorte les cavités buccale et nasales.

Telle est, brièvement résumée, la formation embryologique de la face, d'après la théorie soutenue par tous les auteurs jusqu'à COSTE et KOLLIKER, inclusivement, et restée classique. Cependant, d'après ALBRECHT, les intermaxillaires seraient eux-mêmes divisés en un intermaxillaire interne et un intermaxillaire externe portant chacun une incisive. Il y aurait donc, en réalité, quatre os intermaxillaires, deux externes et deux internes réunis par des sutures allant toujours aboutir au trou palatin antérieur.

Cette conception sans être admise par tous, compte cependant de nombreux partisans. Elle a son intérêt dans la genèse de l'affection qui nous occupe.

Normalement, la soudure des différents bourgeons s'effectue de très bonne heure chez l'homme; l'os intermaxillaire se soude en dernier lieu vers la vingtième semaine de la vie intra-utérine.

Mais le développement embryologique de la face peut subir différentes perturbations :

1° Du défaut de coalescence sur une grande étendue des bourgeons précédemment décrits résultera une fissure. Le sujet sera porteur à sa naissance d'un *bec de lièvre* ;

2° Si ce défaut de coalescence n'intéresse une suture que dans une portion très limitée, il s'en suivra une *fistule congénitale*. Cette affection est, en vérité, plus fréquente au niveau du cou qu'à la face; cependant, des lésions de ce genre ont été observées au niveau de la paupière inférieure (SPENCER, WATSON) de l'aile du nez, (LANNELONGUE) de la joue (OLLIER) et surtout des lèvres (FEURER, LANNELONGUE, STIEDA, GOLFLAM, etc.).

3° Des bourgeonnements anormaux au niveau de la première fente branchiale auront pour conséquence l'apparition de petites tumeurs, telles que les *fibro-chondromes*, *fibro-lipomes*, etc., assez fréquemment rencontrés chez les sujets jeunes ;

4° « Se fait-il, enfin, entre les différents bourgeons un enclavement des éléments constitutifs de l'ectoderme, il en résulte une production consistant dans un kyste ou dans une tumeur de nature spéciale ». (LE DENTU). Il arrive, en effet, que lors de ces soudures l'épithélium s'invagine parfois et forme des perles épithéliales grosses comme une tête d'épingle et réunies entre elles ; elles forment chez le nouveau-né une corde épithéliale qui disparaît rapidement, mais elles peuvent être ultérieurement l'origine de tumeurs épithéliales (VERGER).

C'est à VERNEUIL (1852) que revient le mérite d'avoir, le premier, expliqué par sa *théorie de l'enclavement*, comment l'inclusion accidentelle, au moment du développement, d'une partie du tégument cutané, pouvait ultérieurement donner naissance à une tumeur de nature épithéliale et à un kyste en particulier, tels que ceux que l'on observe au niveau de la face ou du seuil narinaire. Plus tard, LANNELONGUE a étudié l'anatomie pathologique de ces formations kystiques congénitales et a été amené à les diviser en plusieurs groupes, à savoir :

1° *Les kystes dermoïdes*, qui ont une structure identique à celle de la peau et notamment un épithélium stratifié et dont la formation doit se rattacher à l'enclavement du tégument cutané ;

2° Les kystes mucoïdes, dont l'épithélium cylindrique et même cylindrique vibratile, laisse penser qu'ils résultent d'un enclavement du tégument muqueux ;

3° Enfin, les kystes dermo-mucoïdes, où se trouvent réunis dans une même tumeur les caractères propres aux deux variétés précédentes.

Les kystes fissuraires dermoïdes de la face sont bien connus. Leur localisation la plus fréquente est la queue de sourcil ; mais on peut les rencontrer également à l'angle interne de l'orbite, aux paupières, à la joue, dans la région du nez, etc.

Les kystes mucoïdes, par contre, sont plus rarement observés mais, comme on en peut juger, de même nature embryologique que les précédents, dont ils ne diffèrent que par la structure épithéliale, leur apparition au niveau des zones de soudures du palais ou de l'os intermaxillaire est une éventualité qui, *a priori*, ne doit pas nous surprendre.

Ces kystes, situés au niveau du seuil narinaire, se trouvent bien, en effet, « en un point de coalescence de bourgeons (incisif, maxillaires) interceptant des fentes constamment remaniées dont l'évolution ultérieure aboutira à la constitution des premières voies aéro-digestives. C'est donc là un lieu de particulière élection pour les malformations congénitales (bec de lièvre, fissures persistantes, enclavement, etc.). (AUBRIOT). (1).

(1) Signalons que LANELONGUE a émis l'hypothèse, au sujet des kystes dermoïdes du dos du nez, que ceux-ci pourraient bien être le résultat de la transformation d'une fistule congénitale en kyste. Nous pensons que cette manière de voir peut s'appliquer également aux kystes mucoïdes du nez ; aussi, quoique d'ordre purement théorique, elle mérite d'être signalée ici.

Plaident encore en faveur de cette théorie :

1° Ce fait, déjà cité, que le kyste repose toujours dans une dépression osseuse, régulière, lisse et réalisée par le refoulement de la portion sous-jacente du maxillaire ;

2° La bilatéralité plusieurs fois constatée (Observations N° V, XIV), des kystes du seuil narinaire.

**

Telles sont les principales théories émises jusqu'à ce jour sur l'origine des kystes du seuil narinaire.

Que ces tumeurs soient de nature inflammatoire, comme le veulent les théories qui constituent le premier groupe, nous ne le pensons pas et en avons donné plus haut les raisons.

Il nous paraît, au contraire, beaucoup plus logique et plus séduisant de voir dans ces néoformations le résultat d'un trouble embryogénétique. Parmi les conceptions soumises à notre choix, nos préférences vont à celle de BRUGGE-MANN et à celle de KLESTADT. La première, en effet, est en plein accord avec nos connaissances actuelles sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs. La deuxième ne peut manquer de plaire au clinicien qui connaît les nombreuses lésions congénitales imputables à un vice de coalescence des bourgeons faciaux embryonnaires.

Ces deux théories sont-elles exactes toutes deux ? Sinon, laquelle est la vraie ? Il convient d'attendre avant de conclure que fussent versés aux débats de plus nombreux documents, et en particulier des documents histologiques qui, comme nous allons le voir, sont ceux qui nous manquent le plus actuellement.

Chapitre III

Anatomie pathologique

Un kyste du seuil narinaire nous offre à considérer :

1° la poche membraneuse ;

2° son contenu.

L'un et l'autre variant selon qu'il s'agit d'un kyste infecté ou non.

POCHE MEMBRANEUSE

Macroscopiquement, celle-ci est située, on le sait, sur le plancher même de la fosse nasale, non pas rigoureusement au centre de la gouttière qui le constitue, mais sur sa berge externe directement au-dessous et en avant de l'attache du cornet inférieur. A ce niveau, la partie osseuse correspondante de l'orifice piriforme se trouve être refoulée et la tumeur repose, par son pôle inférieur, sur ce rebord osseux, mousse, et concave.

La poche kystique de forme globuleuse, quelquefois légèrement aplatie, est de volume variable, mais le plus souvent sa taille n'excède pas celui d'une cerise ou d'une petite noix; sa capacité est alors de 2 ou 3 centimètres cubes.

La paroi qui la constitue est en général assez mince et se montre toujours très adhérente aux tissus de voisinage. L'infection du kyste a pour conséquence son épaissement et une augmentation sensible des adhérences.

Microscopiquement, la paroi d'un kyste se trouve constituée de deux couches :

1° Une couche externe qui, en allant de l'extérieur vers l'intérieur comprend :

- a) Une adventice fibro élastique riche en vaisseaux, presque angiomateuse dans le cas d'AUBRIOT ;
- b) Un tissu conjonctif d'une particulière densité ;

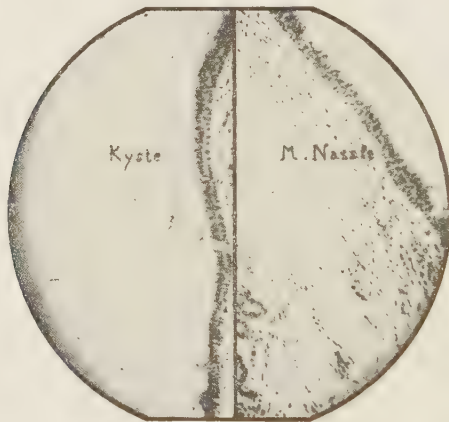


Fig. 1. — Montre à gauche l'épithélium interne du kyste ; à droite, l'épithélium du vestibule nasal au point correspondant.

2° Un épithélium à deux assises : a) L'assise la plus profonde est constituée par des cellules de formes assez variables, cylindriques, cubiques ou prismatiques, et toujours

plus ou moins aplaties, parallèlement à la surface. Ces éléments sont considérés par BRUGGEMANN comme des cellules de remplacement. Cette conception permet de comparer l'épithélium du kyste à celui de la pituitaire. On sait, en effet, que cette muqueuse présente une couche basale formée d'éléments polymorphes dont la destinée est pour beaucoup d'histologistes et notamment pour KRAUSE, de se substituer ultérieurement à l'épithélium de surface ;

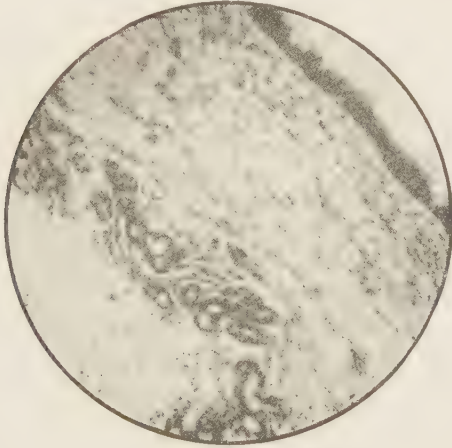


Fig. 2. — Coupe de la paroi kystique avec son épithélium prismatique, son stroma et ses glandes.

b) Cet épithélium superficiel est cylindrique. Les cellules qui le constituent sont implantées verticalement par rapport aux couches sous-jacentes. Un noyau arrondi ou ovalaire, assez volumineux, occupe le centre de leur protoplasme allongé.

A l'extrémité libre du corps cellulaire, BRUGGEMANN et KOFLER ont noté la présence de cils vibratiles. De plus, il a été constaté qu'à ces cellules épithéliales se mêlent parfois, en plus ou moins grand nombre, des cellules caliciformes.

Dans l'observation de BRUGGEMANN (Obs. XV), ces dernières, par leur abondance, donnaient à l'épithélium un aspect vésiculeux. KLESTADT, PARTSCH, disent avoir rencontré également ces éléments.

Enfin, on peut voir sur la coupe quelques leucocytes disséminés.

L'infection détruit souvent cet épithélium ou le modifie en lui faisant perdre sa régularité.

CONTENU

Sauf fistulation et infection, le liquide retiré par ponction se montre de coloration citrine ou jaune d'or, et de consistance visqueuse. Il ne contient pas en suspension ces cristaux brillants de cholestérine, dont la présence est si caractéristique dans les kystes odontogènes et les formations malpighiennes en général.

L'examen au laboratoire nous apprend, qu'il est fortement albumineux. Il renferme des globules graisseux et des leucocytes en plus ou moins grande abondance.

Enfin, il se montre stérile à l'examen direct et à la culture (JACQUES). Quand une incision intempestive ou une fistule a mis en communication la cavité kystique avec la cavité buccale ou nasale, le liquide charrie des polynucléaires abondants, altérés et des germes (streptocoques et staphy-

locoques). Le plus souvent il est devenu purulent et a perdu tous ses caractères propres.



Malheureusement, beaucoup d'auteurs se sont contentés de nous donner des kystes du seuil narinaire une description clinique et ont négligé l'examen histologique. Notre exposé anatomo-pathologique repose, pour cette raison, sur un nombre restreint de documents.

Parce qu'il est en accord avec la plupart, nous le considérons comme aussi proche que possible de la vérité dans l'état actuel de nos connaissances ; cependant avant de clore ce chapitre, nous devons signaler que certains auteurs ont fait des constatations différentes : C'est ainsi, qu'en ce qui concerne le revêtement épithélial, GIGNOUX a observé un épithélium stratifié à cellules hautes ; BECK et BROWN KELLY, un épithélium à plusieurs assises cellulaires, etc.

Quant au liquide kystique, dans le cas rapporté par CADENAT (Observation XIV), il renfermait de la cholestérine « fait exceptionnel en rapport peut-être avec l'état d'infection de l'os constaté autour de l'apex de la petite incisive ». (JACQUES).

Le problème de la constitution anatomique de ces tumeurs n'est donc pas encore résolu.

Chapitre IV

Symptomatologie

Les kystes du plancher nasal présentent un tableau clinique assez particulier, mais que l'on retrouve toujours identique à lui-même dans les différentes descriptions des auteurs.

Ces tumeurs se rencontrent avec une singulière fréquence dans le *sexe féminin*. Dans les observations que nous avons pu recueillir, nous trouvons une proportion de 10 femmes pour 4 hommes.

Elles peuvent apparaître à tous les *âges*, cependant leur développement semble s'effectuer le plus souvent dans la première moitié de la vie et notamment entre vingt et trente ans, comme cela est de règle pour beaucoup de tumeurs d'origine congénitale.

Enfin, l'un et l'autre *côté* peuvent être également intéressés. Nos observations, en particulier, comportent un nombre égal de kystes, à gauche et à droite. La bilatéralité des lésions a été plusieurs fois signalée. L'observation (n° V) de GIGNOUX en est un bel exemple; celle de CADENAT (n° XIV), malheureusement moins évidente, se rapporte égale-

ment à un kyste double; de plus, HALLE, KILLIAN, KOFLER, déclarent avoir observé, eux aussi, des kystes bilatéraux.

Enfin, il est difficile de dire quelle est la *fréquence* de ces kystes narinaux par rapport aux autres kystes du voisinage, kystes dentaires notamment. Cependant, à la clinique d'O. R. L. de Nancy, au cours de ces deux dernières années, un seul cas en a été signalé pour 60 environ de kystes odontogènes.



Fig. 3. — Kystes symétriques du vestibule nasal mis en évidence par la déflexion de la tête.

Il est à remarquer, en outre, que nous n'avons trouvé, rapportée dans aucune observation, la coexistence chez un même sujet de kyste du seuil narinale et d'autres manifestations pathologiques du même genre. Enfin, *l'hérédité* n'a jamais été mentionnée.

Le siège de la tumeur est toujours le même: la partie antérieure du plancher du nez, exactement au lieu de passage entre la peau et la muqueuse du vestibule. Ces kystes présentent une évolution que nous pouvons schématiquement diviser en trois périodes:

- 1° Période de latence initiale;
- 2° Période d'état;
- 3° Période de suppuration.

PREMIÈRE PÉRIODE: de celle-ci nous ne savons rien, si ce n'est que l'on constate parfois chez certains sujets, en pratiquant une rhinoscopie antérieure, l'existence d'une légère saillie du plancher située précisément au lieu d'élection de ces tumeurs. Il serait intéressant dans ces cas (nous nous proposons de le faire à l'occasion) de pratiquer des examens histologiques de la muqueuse à ce niveau et peut-être aurait-on la chance de constater l'existence d'ilôts épithéliaux inclus, ou même de petites formations kystiques destinées ou non à évoluer ultérieurement.

DEUXIÈME PÉRIODE: des phénomènes d'obstruction nasale en marquent souvent le début ; cependant, leur apparition très insidieuse peut passer inaperçue et c'est alors la déformation de la face qui attire l'attention du malade ou de son entourage.

L'inspection révèle, dans le cas de kyste unilatéral, de l'asymétrie faciale: la pyramide nasale se montre déformée, étalée du côté intéressé, l'aile du nez paraît tendue et l'orifice de la narine présente une forme ovale avec grand axe

dans le sens transversal. Les sillons naso-jugal et naso-labial sont effacés, la lèvre bombe légèrement.

Un kyste bilatéral modifie considérablement le faciès en donnant au sujet le type mongolien. Le nez épaté, le manque de relief et l'élargissement de la face, qui sont la conséquence de l'effacement des plis et de la proéminence de la lèvre supérieure ont fait très justement comparer le visage de ces malades à celui des « Kalmouks » (peuplade mongole) ; nous avons retrouvé cette expression dans plusieurs descriptions.

Lorsque le kyste a acquis un certain volume, il est visible au simple examen et mieux encore si, du doigt, on soulève légèrement le lobule du nez. On constate alors que le vestibule nasal est occupé par une masse d'un volume qui peut varier de celui d'un noyau de cerise à celui d'une demi-mandarine (observ. n° IX). Cette tumeur est sous-jacente à des téguments qui, comme normalement, sont constitués par la peau en avant et par la muqueuse en arrière. Ceux-ci présentent le plus souvent leur coloration habituelle. Cependant, s'ils sont amincis, ils laissent transparaître le contenu liquide de la cavité kystique et prennent alors, sur une plus ou moins grande surface, une teinte bleuâtre ou légèrement rosée, assez comparable à celle de certains polypes.

La *rhinoscopie antérieure* offre peu d'intérêt. La tumeur rend en effet la fosse nasale à peu près inaccessible à la vue ; aussi cet examen ne permet-il que de se rendre compte avec plus de précision des dimensions de la tumeur, de sa coloration, et de l'existence à son niveau d'une ulcération.

La *rhinoscopie postérieure* montre une image choanale normale. La diaphanoscopie enfin témoigne de l'intégrité des sinus.

A l'examen de la cavité buccale on constate, dans le cas de gros kyste, l'existence d'une voussure comblant la partie antérieure du sillon gingivo-labial et recouverte d'une muqueuse normale. Les incisives et canines supérieures (sauf avulsion) sont présentes et en bonne position; dans la majorité des cas, elles sont saines, cependant une ou plusieurs d'entre elles peuvent présenter des caries rendant dans ce cas le diagnostic différentiel, avec les kystes radiculo-dentaires, plus difficile.

Enfin, la voûte palatine n'est jamais intéressée.

La palpation, au niveau de la narine, fournit des renseignements utiles: la tumeur se montre de consistance variable, quelquefois rénitente, le plus souvent molle, élastique, légèrement dépressible, mais toujours irréductible.

Elle adhère assez intimement au revêtement cutané et muqueux qui la recouvre, mais est mobile sur le plan osseux sous-jacent. Elle n'est pas animée de battements.

Le stylet boutonné la montre libre de toute adhérence avec la cloison nasale.

Par le toucher buccal, on se rend aisément compte que l'os ne proémine pas comme dans un kyste odontogène, qu'il n'est pas souflé et il n'existe jamais de « crépitation parcheminée »; au contraire, on sent que la tumeur est immédiatement sous muqueuse et on ne rencontre l'os qu'au niveau du pôle inférieur, où il présente une dépression en encoche, semi-lunaire, à concavité supérieure et à bords mousses.

Enfin, le palper buccal et nasal combiné confirmerait, si besoin était, que tumeur narinaire et tuméfaction buccale ne constituent qu'une même lésion.

La *radiographie* donne une image sensiblement normale. Elle ne montre ni raréfaction osseuse au voisinage des racines dentaires, ni zone claire arrondie contenant ou non une dent incluse. Tout au plus, sur un bon cliché, pourrait-on noter dans le cas de kyste unilatéral l'inégalité de la limite inférieure osseuse de l'orifice piriforme nasal.

C'est à cette période que la *ponction exploratrice* rendra les plus grands services. Cette manœuvre, de réalisation toujours facile, permettra de soutirer un liquide présentant les caractères décrits au précédent chapitre, et dont le plus important est l'absence de paillettes de cholestérine.

Les *signes subjectifs* sont toujours légers à cette période. La tumeur reste indolore et le malade accuse simplement une sensation de pesanteur ou de tension au niveau de l'aile du nez, en plus de l'obstruction nasale déjà signalée.

TROISIÈME PÉRIODE: les kystes du plancher nasal se fistulisent fréquemment. Le *processus de fistulation* est variable. Il est quelquefois mécanique: le revêtement cutanéomuqueux peut céder sous la pression du kyste; mais le plus souvent il est *traumatique*: ces tumeurs se trouvent, en effet, par leur situation, exposées à de nombreux traumatismes. Sans parler des chutes, coups de poing sur la face, etc., le malade porte fréquemment le doigt au niveau de la tumeur dans l'espoir de supprimer l'obstacle qui entrave sa respiration nasale, et l'irritation répétée, provoquée par cet acte, entraîne l'ulcération du kyste. L'éternuement, ou l'acte de se moucher, par la contraction brutale qu'ils déterminent, peuvent également suffire à en provoquer l'effraction. Enfin, la fistulisation peut être la conséquence d'un acte

chirurgical: incision de ce que l'on croit être un simple furoncle, ou même un hématome suppuré de la cloison.

Le siège de la fistule est variable; le plus souvent, elle est située à la partie supérieure du néoplasme sur le versant muqueux et s'ouvre du côté nasal (HALLE, KOFLER). C'est là, en effet, la zone de moindre résistance du revêtement du kyste. Cependant, on peut parfois observer une perforation dans la partie toute antérieure de la tumeur ainsi que, mais beaucoup plus rarement, dans sa portion inférieure buccale.

La fistulisation entraîne toujours la suppuration. Lorsqu'il est infecté, le kyste prend, comme cela s'observe également pour les kystes odontogènes, la physionomie d'un abcès chronique. En effet, on voit apparaître un écoulement de liquide muco-purulent plus ou moins abondant qui diminuera ensuite, tandis que la poche kystique s'affaîssera, mais se réveillera tôt ou tard.

C'est probablement, dit GIGNOUX, une évolution de ce genre qu'a décrite LACOEARRET, en 1894, sous le nom d'abcès à répétition du plancher des fosses nasales.

La *ponction* ne présente plus alors qu'un intérêt médiocre; le liquide devenu purulent, quelle que soit son origine, ne contiendra pas de paillettes de cholestérine.

A cette période, les *signes subjectifs* consistent : en une sensation de tension plus accusée qu'à la période précédente, en une impression de chaleur localisée, qui s'accompagne ou non de battements; en somme, symptômes banaux à toute inflammation, que soulage l'écoulement du liquide et que réveillent les phases de rétention.

Chapitre V

Diagnostic

Le DIAGNOSTIC POSITIF de kyste mucoïde doit s'appuyer sur les symptômes cardinaux suivants :

- 1° Localisation à la partie tout antérieure du nez;
- 2° Adhérence de la tumeur au plancher nasal;
- 3° Absence de lésions osseuses sur la radiographie;
- 4° Caractères du liquide ponctionné.

Le DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL est à faire cependant, avec un certain nombre d'affections et en premier lieu avec les *kystes d'origine dentaire du maxillaire supérieur* à développement antérieur.

La déformation que ceux-ci entraîne le plus souvent sur la partie antéro-externe du visage, au-dessous de la pommette (type jugal antérieur, le plus fréquemment observé) offre au premier abord certaines ressemblances avec celle que l'on observe chez les porteurs de kystes mucoïdes; effacement des sillons, proéminence de la lèvre supérieure, etc...

Ce dernier caractère est plus accusé encore dans le cas de kyste né de l'incisive médiane; de plus, les kystes dentaires, si nous nous en rapportons à la statistique de notre maître, déforment le plancher nasal dans 24 % des cas. Enfin, leur développement se fait lentement et reste toujours indolore. Mais, à l'examen de l'arcade dentaire, nous constatons en général des caries multiples, « en regard du point le plus saillant de la tumeur, une dent morte, à chambre pulpaire ouverte ou obturée; parfois une capsule, une couronne artificielle sur pivot; plus souvent un chicot en voie de résorption et d'expulsion » (JACQUES). De telles constatations devront nous faire, avant tout, envisager l'éventualité d'un kyste paradentaire. Si, au contraire, nous constatons l'absence d'une dent et que le malade affirme n'avoir fait à ce niveau pratiquer aucune extraction, c'est vers l'hypothèse d'un kyste corono-dentaire que nous nous orienterons.

Du côté nasal, s'il s'agit d'un kyste dentaire, nous verrons bomber le revêtement muco-périosté du plancher, mais cette voussure se trouve située non pas au niveau du seuil narinaire, mais en arrière de la commissure postérieure de la narine et ne dépasse pas en général la tête du cornet inférieur. Les kystes nés de l'incisive médiane sont susceptibles d'en imposer pour une formation mucoïde du nez, mais cette dent se montre très rarement frappée de carie, et n'est à l'origine de tumeurs kystiques que dans 2 à 3 % des cas (JACQUES).

Au niveau de l'incisive latérale, au contraire, nous voyons se développer 17 % des tumeurs odontogènes de la mâchoire supérieure. Nous établirons notre diagnostic en nous basant sur la déformation palatine toujours plus accusée et

plus étendue, quand il s'agit d'une tumeur d'origine dentaire, d'une part, et sur l'aspect du liquide de ponction, d'autre part.

Si le toucher buccal nous révèle que la tumeur siège à l'intérieur de l'os, ou bien si nous percevons cette sensation si caractéristique de crépitation parcheminée, le doute n'est pas possible, il s'agit d'un kyste dentaire; mais si, par contre, l'enveloppe osseuse de celui-ci a déjà disparu et que notre doigt perçoive une résistance élastique irréductible, nous chercherons à reconnaître autour de cette zone la collerette osseuse dont les bords amincis décrivent une circonférence complète et traduisent l'usure de l'os (kyste dentaire) ou bien la dépression semi-lunaire à concavité supérieure, à arêtes mousses, qui constitue, nous l'avons vu, le lit du kyste mucoïde nasal.

Enfin, dans tous les cas restés douteux, nous ferons une ponction et demanderons le secours de la radiographie.

La constatation à l'œil nu ou au microscope de paillettes brillantes de cholestérine dans le liquide ponctionné, plaide en faveur d'un kyste dentaire; leur absence, en faveur d'une tumeur mucoïde, mais cette épreuve perd tout son intérêt si le kyste est infecté et son contenu purulent.

La radiographie révélera, sous la forme d'une tache claire régulièrement arrondie, au voisinage des racines dentaires, la nature odontogène du néoplasme et en particulier sa variété, radiculo ou corono-dentaire, tandis que les kystes du seuil narinaire, parce que n'intéressant que superficiellement le squelette, fourniront une image normale.

En outre, dans ce dernier cas, on n'observera jamais la disparition plus ou moins complète de la cavité sinusienne,

On reconnaîtra le *granulome incisif* qui se présente sous la forme d'une tumeur plus étalée qu'hémisphérique appliquée à la surface de l'os et lui adhérent, à consistance pâteuse assez ferme et sans nulle rénitence.

Un *abcès de la gencive* ne peut guère prêter à confusion avec un kyste mucoïde du nez; la lèvre est, certes, légèrement proéminente, mais la tuméfaction siège tout entière dans le sillon gingivo-jugal et la narine ne peut être intéressée que par un léger oedème de voisinage. Des phénomènes inflammatoires aigus marquent son évolution.

Il en est de même de la « fluxion » de la *mono-arthrite apicale* qui apparaît brusquement, s'accompagne de douleurs et surmonte une dent dont l'atteinte est facile à mettre en évidence.

Un foyer enkysté d'*ostéo-périostite chronique* se présente sous la forme d'une petite tumeur élastique et irréductible; mais, ici encore, tout se passe au niveau de la mâchoire, et la narine reste libre.

L'hypothèse d'un *foyer ostéitique fistulisé* à l'entrée des fosses nasales est également à envisager; mais, en pareil cas, l'examen au stylet conduisant sur une surface osseuse dénudée, rugueuse, nous mettrait sur la voie du bon diagnostic que des antécédents dentaires ne manqueraient pas de confirmer.

Enfin, on devra toujours penser à la concomitance, rare mais possible, d'une de ces affections à point de départ dentaire avec un kyste mucoïde.

D'autre part, certaines lésions d'origine nasale peuvent offrir des ressemblances avec les tumeurs que nous décrivons.

Un *furuncle du vestibule nasal* pourrait faire croire à l'existence d'un kyste infecté; mais, développé en quelques jours, celui-là est, à sa période d'état, beaucoup plus douloureux que celui-ci; il présente au milieu d'une zone rouge sombre un point acuminé blanchâtre et a un léger retentissement sur l'état général.

L'hématome suppuré de la cloison, décelable facilement sans le secours du speculum, évoque difficilement l'idée d'un kyste double et les commémoratifs du traumatisme initial lèvent tous les doutes.

Il n'est pas rare qu'un *polype muqueux*, descendu de la région ethmoïdale, se présente au niveau du seuil ~~narinaire~~ narinaire. Sa coloration gris bleutée, sa consistance molle ne trompera pas un œil exercé; en cas d'hésitation cependant, il faudrait rechercher l'existence de semblables productions, de plus petite taille, dans la narine opposée, ou bien, à l'aide du stylet, constater simplement que cette masse ne présente aucune adhérence avec le plancher nasal, pour en faire avec certitude le diagnostic.

L'abcès froid, la *gomme syphilitique* présentent une évolution toute différente de celle d'un kyste; de plus, le seuil narinaire n'est pas leur siège d'élection. L'absence d'autres manifestations sur l'organisme permettra de les éliminer.

Le *kyste hydatique* est d'une exceptionnelle rareté dans le domaine rhinologique. Son mode de développement, l'absence d'éosinophilie, l'examen du liquide enfin, offrent des caractères distinctifs nets.

La *mucocèle du sinus maxillaire*, véritable kyste glandulaire de la muqueuse antrale, distend le maxillaire en tous

points, mais particulièrement et souvent en premier lieu, la paroi nasale externe; cette tumeur occupe dans le massif facial une situation plus élevée que les kystes du nez et, d'autre part, elle se montre opaque à la diaphonoscopie.

Le papillome des fosses nasales est une affection exceptionnelle qui se développe parfois à la partie antéro-inférieure de la cloison et soulève le lobule. Les petites masses de coloration gris rosée, mûriformes, pédiculées ou sessiles, saignantes, qui le constituent, le feront aisément reconnaître.

L'angiome de la partie antérieure de la cloison a une teinte violette et saigne au moindre contact.

Les *enchondromes de la cloison* ou de l'aile du nez sont très rares.

Les *osteomes* le sont aussi; par leur consistance, l'impossibilité de les ponctionner, leur opacité à la diaphonoscopie, les uns et les autres seront faciles à différencier.

Les *sarcomes*, enfin, ont assez fréquemment leur point d'implantation au niveau de la cloison ou de l'apophyse montante du maxillaire et pourraient en imposer pour un kyste du plancher du nez. La vascularisation précoce des téguments, l'envahissement rapide de toute la fosse nasale, comme en témoigne la rhinoscopie postérieure, la consistance variable, selon le point considéré, sont autant d'éléments de distinction entre cette tumeur maligne et les kystes bénins du nez.

Chapitre VI

Pronostic — Evolution

Les kystes mucoïdes du plancher nasal sont des tumeurs essentiellement bénignes, comme nous l'avons vu au chapitre précédent; leur développement s'effectue avec une particulière lenteur.

Abandonnées à elles-mêmes, ces néo-formations ne dépassent jamais le volume d'une petite noix. En effet, lorsqu'elles atteignent de telles dimensions, elles ne tardent pas à se fistuliser et on assiste aux alternatives de suppuration et de rétention décrites plus haut. Seul, le voisinage des vaisseaux de la face peut assombrir cette période de suppuration.

La dégénérescence maligne de ces kystes n'a jamais été signalée jusqu'à présent; d'ailleurs, rien dans la constitution histologique ne permet de soupçonner une éventualité de ce genre.

Chapitre VII

Traitement

Les kystes mucoïdes du seuil narinaire sont des tumeurs bénignes et, comme toutes les tumeurs, leur traitement relève de la chirurgie.

De nombreuses techniques ont été proposées, mais beaucoup d'entre elles sont à déconseiller; quelques-unes, en effet, trop anodines, ne mettent pas à l'abri des récives; les autres, mutilantes, nous paraissent hors de proportion avec la bénignité de la lésion.

La ponction et l'incision pure et simple n'ayant donné que des échecs, CHATELLIER a préconisé la *galvano cauterisation*   l'intérieur de la tumeur; BOTELLA a conseillé l'*injection de liquides modificateurs*.

Ces deux procédés également sont à notre avis insuffisants pour assurer une guérison complète. L'épithélium, qui constitue le revêtement interne du kyste, subira, certes, sous l'influence de ces agents physiques ou chimiques, une exfoliation, mais celle-ci, malgré le soin apporté par l'opérateur, sera, dans la plupart des cas, incomplète et il suffira de quelques cellules épargnées pour régénérer la couche superficielle sécrétante,

Il convient donc de recourir à des moyens plus énergiques et c'est dans cet esprit que beaucoup d'auteurs ont pratiqué *l'extirpation*, sous anesthésie locale, de la poche kystique. Pour ce faire, plusieurs voies d'abord ont été proposées :

La voie endonasale (CALDÉRINI), si le kyste est un peu volumineux, donne un jour insuffisant pour réaliser la dissection minutieuse qui s'impose.

La voie externe cutanée, préconisée par KNAPP, tombe dans l'excès contraire. En effet, l'incision « para-latéro-nasale à la demande » selon la technique de MOURE et SÉBILÉAU, qui rend les plus grands services dans la chirurgie des tumeurs malignes, nous paraît excessive dans le cas particulier et nos malades (ce sont souvent des femmes) nous sauront gré de leur épargner une cicatrice sur le visage, si discrète soit-elle. Tout au plus serait-on autorisé à emprunter une telle incision dans le cas d'un kyste particulièrement volumineux (WILLIGER, observ. n° XI).

L'incision buccale, dans le sillon gingivo-labial (GIGNOUX) est la plus recommandable. Sans porter atteinte à l'esthétique, elle donne sur la tumeur un accès facile et large.

De plus, au cas où le diagnostic serait resté hésitant entre kyste du seuil narinaire et kyste dentaire, elle permettrait, si cette dernière éventualité se confirmait en cours d'intervention, de traiter facilement la dent causale par résection apicale, par exemple, en cas de kyste para-dentaire, extraction de dent incluse en cas de kyste coronodentaire.

Mais quelle que soit la voie d'abord utilisée, l'extirpation du kyste est toujours difficile. Tous les chirurgiens qui ont

eu l'occasion de traiter cette variété de tumeurs ont signalé l'absence de plan de clivage et l'adhérence intime de la poche kystique avec les parties molles environnantes, en particulier avec la muqueuse nasale. Il arrive donc que, bien souvent, malgré l'habileté de l'opérateur, la muqueuse nasale soit sacrifiée et que la poche kystique ne soit que partiellement extraite. En somme, on se trouve ici en présence des mêmes difficultés que lorsqu'il s'agit de pratiquer l'exérèse d'une grenouillette. Ainsi, comme le font de nombreux chirurgiens pour cette dernière affection, le Professeur JACQUES a-t-il proposé et réalisé chez ses malades la *marsupialisation* du kyste. Cette technique comporte trois temps, à savoir :

1° Une large excision par voie nasale aux ciseaux de la partie saillante du kyste ;

2° Une cautérisation énergique de la muqueuse restante. Cette manœuvre, en raison du large accès donné par l'excision de l'hémisphère supérieur de la poche, peut être complète et échappe, de ce fait, aux critiques signalées plus haut ;

3° Mise en place d'un tamponnement.

La muqueuse de la fosse nasale ne tarde pas à remplacer le revêtement épithélial détruit du kyste, réalisant ainsi une guérison définitive en quelques jours.

Si donc, l'extirpation complète de la poche est théoriquement le traitement de choix, la marsupialisation, aussi efficace, en est pratiquement le traitement le plus simple et le plus rapide.

La diathermo-coagulation n'a pas encore été employée

dans le traitement des kystes mucoïdes du nez. Elle nous paraît susceptible cependant d'y rendre certains services.

La coagulation en masse de la tumeur, par implantation dans la cavité kystique d'une pointe-électrode mono-active ne serait certes pas à conseiller, parce que méthode aveugle elle ferait courir le risque d'une escarrification trop étendue, peut-être mutilante; mais, par contre, la coagulation à la boule, en vue de détruire la muqueuse restante après extirpation ou marsupialisation, rendrait de grands services. Elle serait suivie d'une cicatrisation rapide et de belle qualité.

Enfin, l'emploi du bistouri électrique, pour pratiquer l'incision de la muqueuse dans le sillon gingivo-labial, en vue de l'extirpation, aurait l'avantage de rendre le champ opératoire particulièrement exsangue.

Chapitre VIII

Observations

OBSERVATION N° I

(Personnelle-inédite)

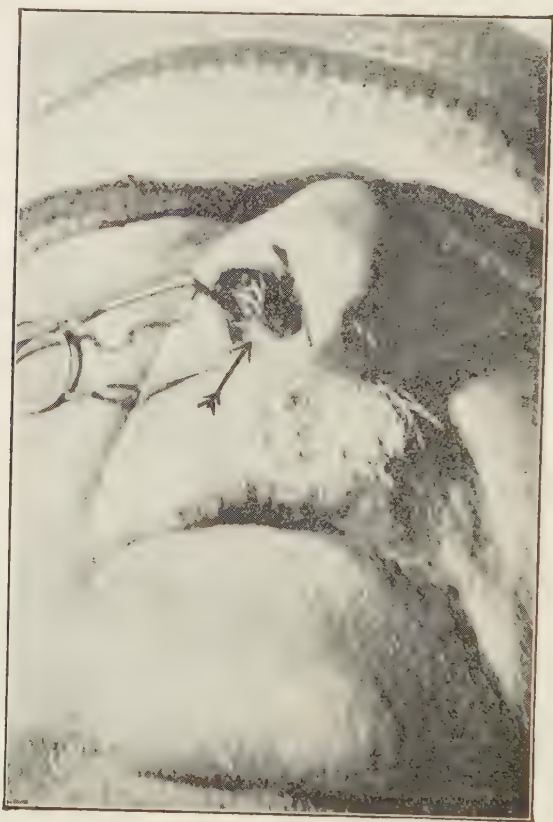
Le 24 janvier 1934, se présentait à la consultation de Laryngologie, un homme de 72 ans, exerçant la profession de serrurier, qui se déclarait atteint de surdité très prononcée de l'oreille droite depuis de longues années.

Cette surdité était la conséquence d'une otite moyenne suppurée chronique avec présence d'un volumineux polype obstruant presque complètement le conduit auditif externe.

Outre ces lésions, l'examen complet du malade, et en particulier l'étude de la motilité faciale, permettaient de faire les constatations suivantes : la pyramide nasale était déformée ; le grand axe de l'orifice narinaire droit était dirigé transversalement ; l'aile du nez se trouvait attirée en haut et en dehors et le sillon naso-génien paraissait légèrement effacé. L'ensemble de ces modifications se traduisait par une asymétrie faciale très nette.

Il suffisait, enfin, de faire légèrement relever la tête du malade, pour apercevoir dans la narine, à un demi centimètre environ derrière son orifice, une petite masse arrondie du volume d'une petite noisette, paraissant en rapports étroits avec l'aile du nez et le plancher nasal.

La rhinoscopie antérieure confirmait, en le complétant, ce premier examen : il s'agissait bien, en effet, d'une tumeur située à la limite du vestibule narinaire et de la fosse nasale et adhérente au plancher par une vaste base d'implantation.



Remarquer l'insertion latérale externe du kyste

Elle était de coloration grisâtre dans son ensemble, mais à son point le plus élevé se dessinait quelques varicosités.

Un stylet introduit circonscrivait aisément la tumeur, sauf à la partie inférieure où de tout évidence elle prenait son

insertion. Au contact, la tuméfaction se montrait molle et légèrement dépressible à la façon d'un kyste.

L'examen de la cavité buccale permettait de constater que la voute palatine et l'arcade dentaire supérieure, complètement déshabillée, n'étaient le siège d'aucune tuméfaction. En outre, on ne voyait en aucun point d'os dénudé, ni d'orifice fistuleux. Ce n'est qu'en introduisant le doigt dans le sillon gingivo-labial qu'on percevait, dans sa partie antérieure droite, une nodosité de consistance ferme et qui, de toute évidence, n'était autre que le prolongement de la tumeur narinale.

Une radiographie du massif facial s'est montrée négative; les orifices piriformes des fosses nasales, en particulier, avaient une configuration normale et apparaissaient tout à fait symétriques.

L'évolution de cette tumeur ne s'était accompagnée d'aucun symptôme subjectif : le malade déclarant n'avoir jamais éprouvé de douleur ni souffert d'insuffisance respiratoire nasale ; de plus, cet homme n'ayant jamais remarqué l'asymétrie faciale qu'il présentait, l'existence de ce kyste était-elle pour lui une véritable surprise.

L'exérèse de cette tumeur fut pratiquée quelques jours plus tard, tandis que le malade était en traitement au service d'O. R. L., pour son otorrhée.

M. le Professeur JACQUES, sous anesthésie locale, par imbibition et par infiltration du plancher nasal, fit un large débriement de la voussure nasale en incisant celle-ci sur toute sa longueur. On vit alors s'écouler un à deux cc. d'un liquide jaune-citrin légèrement muqueux. La cavité kystique, débarrassée de son contenu, était constituée par une paroi fort mince ne présentant aucun plan de clivage avec les téguments narinaires et le tissu cellulaire sous-jacent.

La portion hémisphérique supérieure de la tumeur, qui s'était affaissée lors de l'incision, fut excisée complètement à l'aide de ciseaux fins, et la portion inférieure de la paroi kystique qui recouvrait une véritable fossette fut vigoureusement cautérisée par friction au chlorure de zinc au dixième.

Une méchette iodoformée fut ensuite placée dans cette petite cavité, qui devait se combler et s'épidermiser dans les trois semaines qui suivirent, sans qu'on eut à noter aucun incident post-opératoire.

Le malade revu tout récemment, ne présentait plus aucune trace de cette bénigne affection.

OBSERVATION N° II

(inédite)

(Recueillie à la Clinique d'O.R.L. de Nancy)

An... Suzanne, âgée de 25 ans, a remarqué, il y a dix mois environ, la présence dans sa narine gauche d'une petite nodosité, à laquelle elle n'attacha tout d'abord aucune importance. Mais cette tumeur ayant grossi régulièrement, la malade vient consulter le 9 juillet 1928.

A l'inspection, on constate alors un soulèvement de l'aile gauche du nez entraînant une légère déformation du visage. La peau à ce niveau est mobile et de coloration normale.

A la palpation, on sent une tumeur de la grosseur d'une cerise environ, mobile, fluctuante, non douloureuse, bombant sur le plancher de la narine gauche, surtout dans sa partie externe.

La rhinoscopie antérieure est presque impossible, le méat inférieur est invisible.

L'examen de la bouche ne révèle rien de particulier. Toutes les dents sont présentes et non cariées. Un doigt introduit dans le sillon gingivo-labial ne perçoit pas la tumeur.

Une ponction est pratiquée. On retire un liquide jaune citrin, de consistance assez épaisse. Celui-ci renferme de nombreux polynucléaires en voie de dégénérescence, mais il n'est pas trouvé de germes microbiens, ni de tablettes de cholestérine.

Intervention sous anesthésie locale. Incision dans le sillon

gingivo-labial et dissection de la poche kystique. Cette dernière manœuvre est rendue difficile au niveau du plancher du nez par la présence d'adhérences. Sutures au catgut. Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION N° III

(AUBRIOT)

(Recueillie à la Clinique d'O. R. L. de Nancy)

T... Sophie, ménagère, de 46 ans, de bonne santé habituelle, et indemne de tout antécédent héréditaire ou personnel, se présente à la consultation pour une « bosse » de la région naso-génienne gauche, dont elle s'est aperçue, il y a quelque neuf ans, qui n'a jamais été douloureuse, et sujette à des alternatives d'expansion et d'affaissement.

On constate à l'inspection un soulèvement de la moitié gauche de la lèvre supérieure, à son attache au niveau de l'aile du nez, sans que la joue soit aucunement intéressée.

La lèvre fortement relevée, cette tuméfaction se précise, elle occupe, sous le volume d'une petite noix, la région de la fosse canine. De surface régulière, mollasse et nettement fluctuante, on la sent immédiatement sous-muqueuse, sans interposition de coque osseuse, si mince soit-elle, et même sans trace de rebord osseux. La muqueuse qui la recouvre a son aspect tout à fait normal et ne lui adhère en aucun point. Le plancher nasal, dans sa partie toute antérieure, est soulevé par la tumeur qui dissimule le cornet inférieur, en s'élevant presque au niveau de la tête du cornet moyen. La muqueuse nasale, d'aspect cutanisé, présente à son sommet une minime plage ecchymotique, érodée, qui peut être interprétée comme résultant d'un traumatisme physiologique récent.

Du côté dentaire, les incisives et la canine gauche sont absolument saines, les première et deuxième prémolaires

manquent, et la partie correspondante du procès alvéolaire, ainsi que la voûte palatine, ne présentent ni fistule, ni vous-sure appréciable à la palpation. Le kyste ne communiquant en aucun point avec l'extérieur, une ponction est faite par le vestibule buccal, qui permet de retirer une seringue de liquide jaune d'or, louche, déposant au repos, et donnant à l'évaporation un liquide huileux. L'examen microscopique direct décèle la présence de nombreux corpuscules pyoïdes, en désintégration avancée, sans germes nets, ni tablettes de cholestérine. La culture, sur les milieux courants, reste négative après plusieurs jours.

L'ablation du kyste est pratiquée (Professeur JACQUES) sous anesthésie locale cocaïno-adréalinée. Après incision transversale de la muqueuse dans le sillon gingivo-labial, sur une étendue de 3 à 4 centimètres, on tombe sur une paroi bleuâtre, transparente, facilement clivable de la muqueuse buccale et du maxillaire supérieur, et ne présentant d'adhérences qu'au niveau du plancher nasal voussuré. En ce point, la séparation entre la muqueuse et la paroi du kyste n'est pas possible, et l'ablation de la poche entraîne une petite perte de substance de la muqueuse.

Le kyste, entièrement extra-osseux, laisse voir, après son ablation, une dépression hémisphérique très régulière de la surface antéro-externe du maxillaire, absolument lisse et ne présentant en aucun point de déhiscence ou de trace d'ostéite en activité ou éteinte. Quelques points de catgut ferment la brèche muqueuse qui se cicatrise « per primam ». La petite perforation opératoire s'aveugle rapidement, et huit jours après la malade quitte le service, guérie.

L'examen anatomo-pathologique montre une paroi kystique mince qui, vidée de son contenu et revenue sur elle-même, se présente comme chiffonnée en une multitude de plis. Sa face interne est tapissée d'une muqueuse lisse d'aspect uniforme, blanchâtre. Au microscope, sous un épithélium à deux assises assez régulières, dont la plus profonde est cubique et la plus superficielle cylindrique, un derme conjonctif dense, presque avasculaire se continue par une adventice fibro-élastique

d'une richesse vasculaire considérable en certains points, presque angiomateuse pourrait-on dire, moindre en d'autres. A la périphérie de la coupe s'observent quelques fibres musculaires striées, et deux ou trois filets nerveux appartenant aux tissus limitrophes. De larges suffusions hémorragiques (pincements et lacérations opératoires) dissocient de place en place les trousseaux conjonctifs. Quelques cellules fixes et migratrices complètent l'ensemble.

OBSERVATION N° IV

(inédite)

(due à l'obligeance de M. le Docteur REVEL)

Il s'agit d'une jeune personne de 25 ans, sans antécédents particuliers, venue consulter en septembre 1932, pour une obstruction nasale unilatérale. La gêne respiratoire s'est accentuée progressivement.

A l'inspection, on a l'impression que la fosse canine gauche est un peu surélevée. La pression à ce niveau ne provoque pas de douleur. L'examen rhinoscopique révèle l'existence, sur le plancher nasal, directement adossée à la tête du cornet inférieur, d'une tumeur lisse arrondie, élastique, de la grosseur d'une noisette. L'aspect est celui de la muqueuse normale. La ponction exploratrice ramène du liquide. La radiographie ne permet de relever aucune lésion dentaire, et de même le sinus maxillaire est complètement indemne.

Intervention : Après incision de la fibro-muqueuse du plancher nasal, la poche du kyste se présente, et au moyen d'un décolleur d'amygdale, on réussit facilement à la séparer de sa loge, qui était formée en arrière par la fosse canine, et, en avant par les parties molles. Le pôle inférieur reposait sur le bord alvéolaire qui paraissait creusé. Suites normales; tamponnement de la cavité jusqu'à comblement.

OBSERVATION N° V

(GIGNOUX)

M^{lle} F..., âgée de 17 ans, vient consulter pour de la gêne de la respiration nasale qui s'accompagne, depuis quelque temps, de troubles auditifs. Elle ne sait préciser le début de cette obstruction nasale et dit n'avoir jamais bien respiré du nez. Elle a subi autrefois une intervention adénoïdienne qui n'a d'ailleurs pas donné de résultat. A la rhinoscopie, le plancher de chaque fosse nasale présente une voussure qui se prolonge jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure du cornet, et rétrécit la narine; on se rend compte, par la palpation sous la lèvre, qu'il existe à cet endroit une tumeur kystique de la grosseur d'une forte noisette, paraissant indépendante du plan osseux, et sans rapport avec le système dentaire, dont l'intégrité est d'ailleurs complète au niveau de la mâchoire supérieure. La déformation, à cause de la bilatéralité et de l'exakte symétrie des deux kystes, a échappé à l'attention de la malade et de son entourage; il existe cependant un gonflement appréciable au niveau de l'attache de l'aile du nez. Le kyste gauche ponctionné donne l'issue à un liquide filant, jaune citrin, ne renfermant pas de paillettes de cholestérine.

Intervention sur le kyste droit par incision buccale dans le sillon gingivo-buccal. Le kyste n'adhère ni à l'os, ni à la peau. Dissection de la poche et excision du kyste, qui a la dimension d'une grosse noisette et se trouve situé exactement sous le plancher et à l'entrée des fosses nasales, se prolongeant jusqu'à l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Le kyste gauche qui s'est reproduit rapidement après la ponction est excisé de même le mois suivant.

Examen histologique (Docteur BOUCHUT). — Le fragment examiné est composé d'un tissu fibreux dense, tapissé d'un épithélium stratifié à cellules hautes. Cet épithélium pousse des prolongements en doigts de gant irréguliers, sinueux, dessinant des cavités très étroites et profondes, dont les parois ont le même revêtement épithélial que la surface,

OBSERVATION VI

(ALOIN cité par GIGNOUX)

M^{me} B..., âgée de 31 ans, gênée pour respirer par la fosse nasale droite, ne sait préciser le début de cette obstruction nasale. On constate à l'examen la présence d'une tumeur kystique occupant le plancher de la fosse nasale droite. Intervention par la voie buccale ; dissection et excision du kyste qui a le volume d'une noix et renferme un liquide filant et jaunâtre. Guérison.

OBSERVATION N° VII

(GIGNOUX)

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, qui présente un kyste de la fosse nasale droite, semblable à ceux décrits dans les observations précédentes. Nous l'avons ponctionné pour en reconnaître la nature, mais n'avons pas eu l'occasion d'en exciser la poche.

OBSERVATION N° VIII

(*in* WILLIGER)

Une jeune femme avait consulté son dentiste au sujet d'une petite tumeur soulevant la moitié droite de la lèvre supérieure. Il semblait s'agir d'un kyste dont le point de départ était l'incisive latérale.

Quand la malade vint d'elle-même nous consulter, il avait été fait plusieurs incisions, et après un long traitement inutile, la dent avait été finalement extraite. La guérison n'était cependant pas survenue.

On constatait alors au milieu du tissu cicatriciel, et au-dessus de l'alvéole, l'existence d'un petit pertuis à bords

lisses qui donnait issue à du pus lorsqu'on exerçait une pression sur la petite tumeur qui lui était sus-jacente.

L'extirpation de cette tumeur très adhérente fut difficile, et une fistule persista qui conduisait dans le nez.

OBSERVATION N° IX

(in WILLIGER)

Il s'agit d'une vieille femme dont le maxillaire supérieure était édenté. « L'hypothèse de kyste dentaire n'était pour cette raison, pas à retenir, *a priori* (!). Les signes cliniques et la radiographie éclaircissent le diagnostic.

« C'était le plus gros kyste de toutes mes observations; il atteignait presque la taille d'une demi-mandarine. » (!)

OBSERVATION X

(in WILLIGER)

Malade ayant perdu toutes ses incisives supérieures à la suite d'une chute de cheval. Les racines des incisives gauches avaient été extraites quelques jours après le traumatisme. Or, plus de deux ans après cet accident, apparut une tuméfaction de la joue gauche au voisinage immédiat du nez et dont le développement lent ne s'accompagna d'aucune douleur, mais simplement d'une sensation de tension.

L'examen rhinoscopique permettait de constater que cette tumeur faisait saillie dans la narine gauche. Il n'existait aucun signe d'inflammation.

La radiographie ne révélait aucune modification de l'os, cependant il existait une ombre arrondie au niveau de la racine de la canine.

A l'intervention, il existait un foyer de granulation tout à fait indépendant du kyste situé à côté de lui.

Le contenu de ce kyste était suppuré.

OBSERVATION XI

(WILLIGER)

Un homme de 35 ans portait à toutes ses incisives supérieures des couronnes de Richmond. Une tuméfaction apparut à droite au-dessus des incisives, qu'un dentiste débrida largement. Probablement avait-il pensé qu'il s'agissait d'un abcès sous-muqueux. L'incision se referma insensiblement, tandis que la tumeur réapparaissait.

Une nouvelle incision fut pratiquée et on plaça un tamponnement destiné à empêcher son occlusion. Apparition d'une suppuration gênante. Lorsque je vis le malade, cette ouverture persistait, siégeait dans le sillon gingivo-labial où elle s'étendait de l'incisive médiane droite à la canine. Elle présentait un revêtement épithélial. Elle s'ouvrait dans une cavité à bords lisses limitée en haut par le rebord orbitaire droit.

Avec le stylet boutonné on pouvait soulever la muqueuse du nez au niveau de la partie inférieure du vestibule nasal.

La radiographie montrait l'intégrité absolue de l'os maxillaire supérieur.

Les racines dentaires ne présentaient rien de particulier.

On pouvait affirmer l'existence d'un kyste fissuraire du visage.

Etant données les dimensions de ce kyste, son ablation par voie buccale me parut impossible et je résolus d'agir par voie externe.

Incision passant au milieu de la lèvre supérieure, contournant l'aile du nez et se terminant au-dessous du rebord orbitaire. Dans ces conditions l'extraction de la poche du kyste fut assez facile, malgré le tissu cicatriciel dû aux tentatives thérapeutiques précédentes. De plus, il fut impossible de disséquer la paroi kystique de la muqueuse nasale qui fut déchirée.

Suture de la peau et tamponnement. La plaie buccale se referma progressivement.

Le résultat esthétique fut bon,

OBSERVATION N° XII

(WILLIGER)

M^{me} S..., âgée de 40 ans, avait depuis plusieurs années remarqué l'existence d'une tuméfaction au-dessous de l'aile droite du nez. Elle s'était développée progressivement, avait toujours été indolore.

Un dentiste exerça un jour une forte pression à son niveau. Cette manœuvre provoqua l'issue d'une certaine quantité de liquide dans le nez et la tumeur s'affaissa. Elle devait paraître à quelque temps de là.

La malade, imitant alors à plusieurs reprises le dentiste, vit s'écouler du pus de sa narine. Plus tard, elle se rendit en consultation chez le Docteur HALLE, rhinologiste. Celui-ci constate l'existence, à la partie inférieure du vestibule nasal d'un très petit orifice fistuleux et m'adressa sa patiente.

L'état particulièrement mauvais de la dentition ne permettant pas d'éliminer d'emblée l'hypothèse d'une tumeur d'origine dentaire, ce n'est que lorsqu'on eut extrait tout ce qui restait des incisives qu'on peut se rendre compte qu'il n'existait rien dans le prolongement des alvéoles qui puisse faire penser à un kyste dentaire. La radiographie ne montrait, d'autre part, aucun kyste, mais simplement un « problématique granulôme » à la pointe d'une racine. On pouvait affirmer avec certitude l'existence d'un trajet fistuleux allant d'une dent à l'intérieur du nez.

De plus, on remarqua l'existence sous l'aile du nez, à droite, d'une tumeur kystique, située sur l'os, qui donnait à la pression, issue à un liquide purulent. Le diagnostic s'imposait cette fois de kyste fissuraire.

Comme nous l'avons décrit plus haut, après qu'une sonde courte eut été introduite par le nez dans le trajet fistuleux, on put disséquer commodément la poche très épaisse à l'aide d'un instrument mousse.

Suture de la plaie du vestibule ; guérison sans complications.

OBSERVATION N° XIII

(WILLIGER)

Cette malade, de la polyclinique du Docteur HALLE, avait remarqué depuis une année, le développement progressif et indolore d'une tumeur soulevant l'aile droite du nez. Cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon environ, se montrait, à la palpation, molle et élastique.

Un examen très superficiel aurait pu faire penser qu'il s'agissait d'un furoncle, mais l'élevure caractéristique de l'aile du nez et l'absence de connexion de la tumeur avec le système dentaire montraient bien que l'on avait affaire à un kyste narinaire.

OBSERVATION N° XIV

(CADENAT)

(résumée)

Cet enfant présentait une tuméfaction bilatérale soulevant ses ailes du nez et lui faisant un faciès de Kalmouk, tuméfaction de volume lentement et progressivement croissant, mais encore peu considérable.

Ses incisives centrales et sa latérale gauche, ébréchées par un traumatisme, étaient infectées, la pulpe en avait été extraite, mais, malgré toutes tentatives de désinfection, les tuméfactions profondes persistaient, masquées cependant, de temps à autre, par une réaction inflammatoire de surface lorsqu'on essayait d'obstruer les dents. Un forêt de Gates cassé dans la centrale droite ne facilitait pas les opérations ultérieures en vue de la pose de dents à pivot. Je signale que la latérale droite paraissait extérieurement saine, mais ne répondait pas aux excitations thermiques.

Ce malade m'était adressé par le praticien pour résections apexiennes avec le diagnostic très vraisemblable d'abcès

péri-apicaux. Une radiographie montrait deux zones claires nettement limitées situées de part et d'autre de la ligne médiane entre les racines écartées de l'incisive latérale et de la canine, les rapports avec les dents étaient difficiles à délimiter, mais paraissaient intimes, au moins à gauche.

Intervention : Anesthésie locale et début par le côté gauche, le plus malade, puisque ses deux dents sont ouvertes.

Incision horizontale au fond du vestibule, décollement à la rugine en haut et en bas, attaque à la fraise, dans une zone osseuse nécrotique, découverte de l'apex de la centrale au milieu d'os infiltré de pus, mais résistant à la curette, section de la racine à la fraise à fissures fines, extraction de l'apex, curettage du foyer à la fraise ronde, foyer limité et petit, alésage de la racine.

Agrandissement à la grosse fraise à fissures vers la latérale pour en rencontrer l'apex qui paraît, d'après la radiographie, devoir être tout voisin, mais, bien que mordant de toute la longueur de ses cannelures, la fraise ne rencontre aucune résistance avant la canine, et ce n'est qu'en approfondissant le sillon à la fraise ronde que nous trouvons l'apex de la latérale, profondément enfoui dans l'os et entouré d'une petite zone purulente ; nous le dégageons et réséquons, alésons le canal. Nous n'avons cependant encore rien trouvé qui corresponde à la grosse zone translucide sur la radiographie, à la lésion qui boursoufle l'os; ce n'est qu'en curettant en arrière de l'apex que la fraise tombe dans une cavité d'où sort du liquide filant à paillettes de cholestérine; nous agrandissons la brèche et, avec une curette fine, arrivons à nettoyer complètement cette cavité kystique qui, en haut confine au plancher des fosses nasales et creuse tout le prémaxillaire ; l'aile du nez ne repose plus que sur une pellicule osseuse crépitante. Nous laissons simplement retomber la lèvre sans suture et sans autre drainage que celui produit par les canaux alésés des incisives, pas de tamponnement.

L'évidement de la partie antérieure du maxillaire est si large, que nous n'osons pas opérer dans la même séance l'autre côté, pour ne pas risquer une disjonction du bloc

incisif et nous remettons à une autre séance l'évidement du pré-maxillaire droit, d'autant que l'extraction du forêt de Gates risque d'allonger l'intervention qui a déjà assez duré.

Suites sans histoire. Trois semaines après, la cicatrisation est suffisante pour continuer et déjà le nez est devenu asymétrique, la narine gauche ayant repris sa place normale.

L'intervention à droite révèle les mêmes lésions.

Chemin faisant, nous poussons, à travers l'apex réséqué, le forêt de Gates entraîné par une fraise trépan.

Mais le kyste est encore plus indépendant de la latérale droite dont le périapex n'est pas infecté mais, que nous trépanons, vidons et réséquons cependant, puisque insensible, ce qui nous donnera du jour sur le kyste profond que, par analogie, nous supposons exister et que nous trouvons, en effet, et traitons comme celui du côté gauche.

Réparation normale et simple; la partie moyenne de la face après cicatrisation reprend son aspect normal.

OBSERVATION XV

(BRUGGEMANN)

Une journalière de 46 ans présente depuis quelque temps une importante tuméfaction au niveau de la narine gauche.

L'examen révélait, de ce côté, à l'entrée du nez une grosse voussure, que l'on soupçonnait être un kyste dentaire.

Lors de l'intervention, sous anesthésie locale, on fait une incision dans le sillon gingivo-labial, et on procède à la dissection du kyste. Ce faisant, on se rend compte qu'il n'est nullement en rapport avec le système dentaire. Dans les manœuvres de dissection le kyste fut rompu et laissa échapper un liquide séreux et de coloration jaunâtre. L'extraction de la tumeur fut réalisée sans qu'il soit besoin de réséquer une partie du maxillaire supérieur. Guérison.

Examen anatomo-pathologique : la paroi, relativement mince, est constituée par une première couche de tissu conjonctif sillonné de vaisseaux. Celle-ci est recouverte d'un

épithélium cylindrique. A la base des cellules qui le constituent se trouvent de nombreuses petites cellules de remplacement qui en font un revêtement épithélial à deux assises.

Cet épithélium présente, en outre, une bordure ciliée ; de plus, on note, en certains points, la présence de cellules caliciformes qui lui donnent un aspect vésiculeux. Il n'existe ni glandes, ni canaux glandulaires. Enfin, il n'existe nulle part d'inflammation.

Chapitre IX

Conclusions

1° Les kystes mucoïdes du seuil du plancher nasal sont des tumeurs bénignes, dont la connaissance est de date récente.

2° Leur pathogénie est encore aujourd'hui bien obscure. Il semble cependant que ces kystes soient de nature congénitale et tirent leur origine des débris embryonnaires du canal lacrymo-nasal ou bien des îlots épithéliaux isolés au sein du mésoderme lors de la coalescence des bourgeons faciaux.

3° Leur constitution histologique offre beaucoup d'intérêt. La plupart des examens pratiqués ont montré que ces kystes possédaient un revêtement épithélial interne constitué par une double rangée de cellules cylindriques.

Le liquide qu'ils renferment ne contient pas de cholestérine.

4° Ces tumeurs s'observent le plus souvent dans la première moitié de la vie et se rencontrent plus fréquemment dans le sexe féminin.

La bilatéralité a été plusieurs fois signalée.

Leur évolution se divise en trois périodes:

- Période de latence ;
- Période d'état ou de déformation ;
- Période de suppuration.

5° Le diagnostic différentiel est à faire, en premier lieu, avec les kystes d'origine dentaire, puis avec un certain nombre d'affections aiguës ou chroniques intéressant le vestibule nasal.

6° Le traitement chirurgical seul leur est applicable. L'intervention doit remplir deux conditions:

- a) Elle doit être complète et détruire, sous peine de récurrence, la totalité de la muqueuse kystique;
- b) Elle ne doit pas être mutilante.

En raison des difficultés que présente l'extirpation en totalité de la poche kystique, la marsupialisation nous paraît être le procédé de choix.

La diathermie peut être employée avec avantage.

Bibliographie

A

- ARNOLDI. — *Zeitschrift für Laryngologie*, vol. XVIII, p. 58-69, 1929.
- AUBRIOT. — Kyste mucoïde de la région gingivo-nasale. (*Revue de Laryngologie Oto. et Rhinol.*, 15 mai 1923).

B

- BECCO. — Quistes seromucosos del vestibulo de las fosas nasales. (*Semana medica*, Buenos-Aires, 1928, p. 1387).
- BOBONE. — Perichondrite séreuse de l'aile du nez. (*Boll. delle malad. dell'or*, 1895).
- BRANCA. — *Précis d'embryologie*, Paris, 1922.
- BRIDE (Mac). — *Maladies du nez*, 1 vol.
- BRINDEL. — Des kystes et pseudo-kystes des fosses nasales. (*Revue hebdomadaire de Laryngol.*, 1898, p. 513-545).
- BRINDEL. — Contribution à l'anatomie pathologique des cavités kystiques ayant leur point de départ dans la muqueuse des fosses nasales. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1898, p. 205-208.
- BRUGGEMANN. — Zystem als Folge von Entwicklungsstörungen im Nase neigang. (*Archiv. für Laryng. Frankel*, Bd. XXII, 1920. (Bibliographie)).

C

- CADENAT. — Recherches sur l'embryogénie et la pathologie du bec de lièvre. Thèse, Toulouse, 1925.
- CADENAT. — Les kystes fissuraires du maxillaire supérieur. (*Revue de Stomatologie*, 1932, p. 90. — Discussion *Revue de Stomatologie*, 1932, p. 29).

CALDERINI. — *Rev. Esp. Laryng.*, 1922.

CARCO. — A proposito di cinque casi di cisti sieromucose delle narici. (*Arch. Ital. d'Otologia*, XXXVII, 1926, p. 621-634).

CHATELLIER. — *Archives de Laryngologie*, 1892.

CRUZ (de la). — Quistes mucosos de la fosa nasal. (*Mundo Med.* 14; p. 396-397, 25 mars 1932).

D

DAVIS. — *Centralbl. f. Laryng.*, 1901.

DAWSON G.-W. — Cystof. the floor of the nose. (*Proceed. roy. Soc. of Med.* London, 1919-20, XIII, Sect. Laryng., p. 122).

DAWSON G.-W. — Retention cyst. of. the floor of left nostril with specimen of similar cyst removed last year from the right nostril of the same patient. (*Proceed. roy. Soc. of Med.*, London, 1920-21, XIV, Sect. Laryng., p. 50).

DOERING. — Ueber Nasen vorhof zystem. (*Archiv. f. Ohren-Nasen und Kehlkopfheilk*, CXVII, 1928, Janv., p. 138-155).

G

GIGNOUX. — Les kystes de la partie antérieure du plancher du nez. (*Revue de Laryngologie*, 1921, p. 71-82).

GRUNWALD. — *Zeitschrift f. ohrenheilk*, 1910.

H

HUIZINGE. — On cyste near the nose entrance. (*Acta-Oto Laryng.*, Stockholm, 1925-1926, VIII, p. 506-516).

J

JACQUES. — Kystes mucoïdes du plancher nasal. (*Congrès Français de Laryngologie*, Paris, octobre 1932. — *Presse Médicale*, 24 juin 1933, N° 50, p. 1010).

JOEL. — Un nouveau cas de kyste du cornet inférieur. (*Arch. Internat. de Laryng.*, 33, 610, mai 1927).

K

KAZDA. — A propos de l'origine des tumeurs mixtes de la Face.
(*Wiener Klinische Wochenschrift*, an. LXII, 1929, p. 582-585.
— *Ref. Journal de Chirurgie*, 1930, t. XXXV, p. 230.

KELLY Brawn. — *Journal of Laryngologie*, 1898.

KLESTADT. — Breslauer chir. Gesellschaft, 21 juli 1913. (*Ref. Berl. Klin. Wochensch.*, 1913, p. 36.

KLESTADT. — Gesichtspaltencysten in nasoethmoidalen grenzgebiet. (*Zeitschrift f. Hals Nasen und Ohrenh.*, XV, 1926, 6 octobre, p. 471-485.

KOFFLER et WEILL. — Wiener Laryng. Gesellschaft, 1913.

KNAPP. — Académie de Méd. de New-York. (Sect. de Laryngologie), 1894.

L

LAURENS, AUBRY, LEMARIEY. — *Précis d'oto-rhino-laryngologie*. Masson, éditeur, Paris, 1931.

LE DENTU. — Affections chirurgicales de la face. Nouveau traité de chirurgie: LE DENTU-DELBET.

LENORMANT. — Maladies congénitales de la face, in *Précis de Pathologie Chirurgicale*, t. II, Masson, édit., Paris, 3^e édition.

M

MALAN. — *Arch. Ital. de Laryng.*, 1919 et 1924.

O

OMBREDANNE. — *Précis de Chirurgie Infantile*. Masson, édit.

OYEZ. — Kystes dermoïdes et fistules congénitales du dos du nez. (Thèse, Lille, 1911-12, 64 p., N^o 30).

P

PARTSCH. — *Handbuch des zahnkrankheiten*, 1919,

PLANTENGA. — Case of bilatéralcysts of nasal orifices. (*Nederlandsch Tydschr. v. geneesk.*, 1927, t. II, 19 nov., p. 2159.

S

SCHMIDT J. Nasenvorhofzysten. — *Deutsche Zahnh. Hft.*, 81, p. 50-64, 1931.

T

TESTUT. — Anatomie humaine.

TOURNEUX. — *Précis d'Embryologie humaine*. Paris, 1921, 3^e édit.

TUFFERS. — Die entwicklung des nasalen Endes des Tranennasenganges bei einigen Säugetreren. In *aug. Diss Greifswald*, 1913.

U

UFFENORDE W. — Beitrag zur Entstehung der Zysten am Naseneingang. (*Arch. f. Ohren. Nasen und Kehlkopfheil.*) Leipzig, 1921, p. 263-271.

V W

WILLIGER. — Weichteilzysten in den Mundgebilden, mit besonderer Berücksichtigung der Gesichtsspaltenzysten *Deutsch Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1918. Heft 9, p. 256-266.

VERGER. — Etude sur le cloisonnement de la cavité bucco-nasale. Thèse, Paris, 1929.

WYATT-WINGRAVE. — Société Anglaise de Laryngologie (discussion), 1898.

X Y Z

ZUCKERKANDL. — Anatomie normale et pathologique des fosses nasales, 1882, Vienne.

Table des Matières

INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — DEFINITION. — HISTORIQUE.....	9
CHAPITRE II. — PATHOGENIE.....	13
CHAPITRE III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	25
CHAPITRE IV. — SYMPTOMATOLOGIE.....	31
CHAPITRE V. — PRONOSTIC, — EVOLUTION.....	39
CHAPITRE VI. — DIAGNOSTIC.....	45
CHAPITRE VII. — TRAITEMENT.....	47
CHAPITRE VIII. — OBSERVATIONS.....	51
CHAPITRE IX. — CONCLUSIONS.	67
BIBLIOGRAPHIE	69

Vu le :

Nancy, le 5 décembre 1934.

Le Président de thèse,

JACQUES.

Vu et approuvé :

Nancy, le 5 décembre 1934.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 6 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

Imprimerie Alfred TOLLARD
2-4, Rue de Maréville — Nancy-Laxou
